

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 20. Dezember 2016

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter Dr. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner
Verfahren Nr.	O3V 16 13
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A ____ vertreten durch: RA B____
Vorinstanz	SUVA Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Postfach 4358, 6002 Luzern
Gegenstand	UVG-Leistungen

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 24. April 2016 sei aufzuheben.
2. Es sei festzustellen, dass eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Umfang von mindestens 10% vorliegt und dass somit ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.
3. Es sei dem Einsprecher eine Integritätsentschädigung von 10% eines versicherten Jahreslohnes zuzusprechen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Suva.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen, und der Einsprache-Entscheid vom 26. April 2016, womit die Verfügung der Suva vom 1. Oktober 2015 geschützt wurde, sei zu bestätigen.

Sachverhalt

A. A.1

Gemäss Unfallmeldung der C___ AG vom 2. September 2005 (Suva-act. 2) sei der am XX.XX.1961 geborene und dort seit 12. Oktober 1987 als Kaminbauer tätige A___ am 24. August 2005 um 18.45 Uhr zuhause in A-6971 Hard beim treppauf Gehen gestolpert und ausgerutscht, wobei er sich das *rechte* Bein oberhalb des Knöchels gebrochen habe (Suva-act. 2).

A.2

Laut Arztzeugnis UVG des Landeskrankenhauses (LKH) Bregenz vom 12. September 2005 (Suva-act. 6) betreffe die Fraktur den *linken* Malleolus lateralis. Dieser sei im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 7. bis 10. September 2005 mit einer Osteosynthese behandelt worden (Berichte des LKH Hohenems [Suva-act. 3, 4 und 17, 2/5]; Operationsbericht vom 30. Juli 2007 [Suva-act. 28]) und das Metall am 27. März 2016 (Suva-act. 17, 4/5; Operationsbericht vom 30. Juli 2007 [Suva-act. 27]) wieder entfernt worden (vgl. auch die Meldung der C___ AG an die Suva vom 3. April 2006 [Suva-act. 15, 2/2]). Nach zehnmonatiger Pause habe der Patient ohne vorheriges Lauftraining wieder mit dem Fussballspielen begonnen und verspüre jetzt vermehrt Beschwerden. Gemäss Kontrolluntersuchung des LKH Hohenems vom 30. Mai 2006 (Suva-act. 21, 5/5) sei aber alles in Ordnung, wenngleich gemäss Kontrolle im LKH Hohenems vom 8. Juni 2006 nach langem Stehen an der

Arbeit Beschwerden im Bereich der Aussenknöchelspitze bestanden hätten (Suva-act. 22). Gemäss Kontrolluntersuchung des LKH Hohenems vom 12. Juni 2007 (Suva-act. 41, 6/9) könne der Patient nicht längere Zeit stehen. Die Knöchelkonturen seien etwas verstrichen, jedoch ohne wesentliche Schwellungsneigung. Auf den aktuellen Röntgenbildern zeige sich im Bereich der Innenknöchelspitze eine Verkalkung, die auf den ursprünglichen Bildern noch nicht sichtbar gewesen sei, was auf eine damalige Verletzung des Deltabandes hindeute.

A.3

Laut Aktennotiz der Suva vom 23. September 2008 (Suva-act. 37) habe der Versicherte bei einem Gespräch im Betrieb gemeint, dass ihm Sport teilweise nicht mehr möglich sei. Nach einem Auffahrunfall an einer Ampel am 9. Januar 2008 - schon 1986 habe er einen solchen erlitten - sei ihm übel gewesen und der Kopf wegen Nackenschmerzen seitlich nicht mehr bewegbar, wobei Schwindel bis heute bestehe. Er sei gelernter Kaminbauer und könne sich beim Schweissen hinsetzen. Wegen der Knöchelverletzung sei er nur während einer Woche arbeitsunfähig gewesen. Mit Aktennotiz vom 8. Dezember 2008 (Suva-act. 38) hielt die Suva fest, dass der Versicherte telefonisch den Abschluss der Behandlung des Knöchels mitgeteilt habe.

B. B.1

Gemäss Aktennotiz der Suva vom 15. Februar 2011 (Suva-act. 39) könne der Versicherte wegen starken Schmerzen im Bein bzw. Fuss nicht mehr gut laufen oder Auto fahren.

B.2

Eine Kontrolluntersuchung am LKH Hohenems vom 15. März 2011 (Suva-act. 41, 6/9) ergab anhaltende Beschwerden im linken Sprunggelenk mit stark eingeschränkter Beweglichkeit. Die eher lateralen Schmerzen und das Druckgefühl seien wahrscheinlich Residuen der Sprunggelenkfraktur. Gemäss Bericht über eine MRI-Abklärung vom 24. März 2011 (Suva-act. 102) bestehe ventral des Malleolus lateralis ein geringer Erguss, der sich gemäss Untersuchung vom 10. Mai 2011 (Suva-act. 49, 6/6) als ca. 2 cm messende und wahrscheinlich von den Peroneussehnen ausgehende Zyste vor dem Aussenknöchel erwiesen habe.

C. C.1

Laut Aktennotiz der Suva vom 15. Juni 2012 (Suva-act. 53) klage der derzeit in keiner Behandlung stehende Versicherte bei der C___ AG über Schmerzen und wünsche die Prüfung einer Integritätsentschädigung (s. auch dessen entsprechendes handschriftliches Schreiben an die Suva vom 20. Juni 2012 (Suva-act. 54).

C.2

Gemäss Bericht von Orthopäde und Kreisarzt Dr. D___ vom 4. Oktober 2012 (Suva-act. 60) müsse der Versicherte nach eigenen Angaben als Kaminbauer relativ häufig Treppen und Leitern hinauf- und hinabsteigen. Er wünsche keine weitere Operation, nehme aber hin und wieder Schmerzmittel. Objektiv bestünden eine marginale Einschränkung der Beweglichkeit, ein diskreter Reizzustand mit Schwellung der Sprunggelenkkapsel und ein Druckschmerz an der Spitze des Malleolus internus. Die symmetrischen Umfänge liessen nicht auf eine längere Schonhaltung schliessen.

Nach einer Röntgen-Untersuchung am LKH Hohenems vom 22. Oktober 2012 (Suva-act. 64, 6/8), einem Bericht des MRI-Instituts Dornbirn vom 12. November 2012 (Suva-act. 62), dass eine minimale Arthrose des linken oberen Sprunggelenks (OSG) und ein grösserer dorsaler Fersensporn von 13 mm vorlägen, und einem Bericht des LKH Hohenems vom 29. November 2012 (Suva-act. 64, 7/8), wonach der Versicherte wegen einer Spritzenphobie keine Infiltration wünsche, verneinte Dr. D___ am 21. Dezember 2012 (Suva-act. 68) wesentliche Funktionseinschränkungen des linken OSG, weshalb die Erheblichkeitsgrenze betreffend Integritätsschaden nicht erreicht werde.

C.3

Mit Verfügung vom 3. Januar 2013 (Suva-act. 70) wies die Suva den vom Versicherten gestellten Antrag mangels erheblichen Integritätsschadens ab. Im Rahmen des vom Versicherten dagegen mit Schreiben vom 28. Januar 2013 (Suva-act. 73) angehobenen Einspracheverfahrens meinte Orthopäde Dr. E___ mit Bericht vom 11. Februar 2013 (Suva-act. 77), die Beschwerden seien wohl auf eine Läsion der Peronealsehnen zurückzuführen, doch lehne der Patient eine diagnostisch/therapeutische Infiltration ab. Daraufhin wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 7. Mai 2013 (Suva-act. 80) ab. Nach einem Schreiben des Versicherten vom 3. Juni 2013 (Suva-act. 84), wonach er weiterhin in Behandlung stehe (Suva-act. 84), nahm die Suva den Einspracheentscheid mit Schreiben vom 5. Juni 2013 (Suva-act. 89) zurück (s. auch die nachmalige Aktennotiz der Suva vom 2. April 2014 [Suva-act. 120]).

C.4

Gemäss Bericht von Radiologe Dr. F___ über eine Sonographie vom 27. Mai 2013 (Suva-act. 94) sei links die kurze Peronealsehne instabil und finde sich entlang der langen Peronealsehne Flüssigkeit als Ausdruck einer leichten Peritendinitis. Im OSG seien degenerative Veränderungen mit kleinen Osteophyten der am Gelenk beteiligten Knochenstrukturen erkennbar. Statt der Syndesmose sei ein kleines Ossikel erkennbar.

In der Folge sprach Orthopäde Dr. G___ nach zwei Konsultationen durch den Versicherten vom 24. April und vom 11. Juni 2013 im Bericht vom 13. Juni 2013 (Suva-act. 90) von einer eindeutig posttraumatischen Instabilität der Peronealsehnen nach Abriss des stabilisierenden Retinaculum peroneale. Eine eigentliche Instabilität/Luxation der Peronealsehnen sei jedoch nicht tastbar.

C.5

Daraufhin holte die Suva auf Anregung von Versicherungsmediziner und Orthopäde PD Dr. L___ vom 22. Oktober 2013 (Suva-act. 98) ergänzende medizinische Unterlagen ein.

Gemäss Bericht von Prof. Dr. H___, Chefarzt des Instituts für Radiologie am Stadtspital Triemli, vom 25. Februar 2014 (Suva-act. 117) habe eine MRI-Untersuchung des linken OSG/Rückfusses im Vergleich zur MRI-Abklärung in Dornbirn vom 12. November 2012 unverändert eine regelrechte Darstellung des Peronealsehnenfaches ohne Hinweis auf eine Pathologie der Peronealsehnen oder des oberflächlichen peronealen Retinaculums ergeben, ferner leichte degenerative Veränderungen im OSG mit kleinen Osteophyten an der Gelenkfläche des dorsalen Anteils der Tibia im Sinne einer diskreten OSG-Arthrose.

Dr. K___, leitender Arzt am erwähnten Institut, meinte mit Bericht vom 26. Februar 2014 (Suva-act. 115), eine Sonographie des linken OSG habe keinen pathologischen Befund bezüglich der im Bereich des Malleolus lateralis etwas diffus angegebenen Schmerzen ergeben. Insbesondere seien die Peronealsehnen unauffällig, die beiden Retinacula intakt und die Sehnen nicht verschiebbar, sodass keine Instabilität vorliege.

Im Gutachten vom 28. Februar 2014 (Suva-act. 116) verneinte Prof. H___ gestützt auf die erwähnten Untersuchungen eine frühere oder aktuelle Pathologie der Peronealsehnen. Bei der Untersuchung habe der Versicherte immer wieder einen anderen Schmerzpunkt angegeben, sodass auch klinisch keine eindeutige Schmerzconsistenz bestanden habe.

C.6

In der Folge meinte PD Dr. L___ mit Beurteilung vom 26. März 2014 (Suva-act. 118), die Diagnose einer Peronealsehneninstabilität könne nicht aufrechterhalten werden. Für die im Bereich des ehemals unverletzten Rückfusses geklagten Beschwerden lasse sich keine befriedigende Erklärung finden, weshalb eine weitere Abklärung indiziert sei.

C.7

Auf Anfrage der Suva vom 3. April 2014 (Suva-act. 121) betreffend Abklärung in der Schulthess Klinik oder in der Uniklinik Balgrist, beide in Zürich, antwortete der Versicherte mit E-Mail vom 7. April 2014 (Suva-act. 123), da er immer wieder an andere Ärzte verwiesen worden sei, wünsche er keine weitere Abklärung, sondern ein 30% geringeres Arbeitspensum. Nach einem Hinweis der Suva auf die Mitwirkungspflicht vom 9. April 2014 (Suva-act. 124) erstattete Oberarzt Dr. M___ von der Fusschirurgie an der Schulthess Klinik am 3. Juli 2014 (Suva-act. 133) Bericht über die Abklärung (inkl. Röntgen) vom Vortag. Für die beschriebene Symptomatik kämen verschiedene Ursachen in Frage. Angesichts der langjährigen Beschwerden sei aber auch eine gewisse Symptomausweitung bzw. Dekonditionierung nicht auszuschliessen. Eine eindeutige Instabilität der Peronealsehnen sei weder klinisch noch radiologisch feststellbar und deshalb auch keine eindeutige Ursache der Beschwerden benennbar. Bei Leidensdruck und Kooperationsbereitschaft des Versicherten auch für eine allfällige Operation, der aber konservative Massnahmen wie das Tragen eines bis über das Sprunggelenk reichenden stabilen Schuhs während der Arbeit vorzuziehen wären, kämen weitere Abklärungen in Frage.

C.8

Mit E-Mail vom 28. September 2014 (Suva-act. 137) ersuchte der Versicherte die Suva, ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 15% zu attestieren, da er den ganzen Tag bei der Arbeit stehen müsse. Ferner wünsche er eine Entschädigung von Fr. 20'000.-- für die zehn Jahre, während denen er mit unerträglichen und falsch behandelten Schmerzen von Arzt zu Arzt geschickt worden sei.

C.9

Nach einer Stellungnahme von PD Dr. L___ vom 21. November 2014 (Suva-act. 138) teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 28. November 2014 (Suva-act. 139) mit, dass er sich entweder durch den Hausarzt an Dr. M___ zur weiteren Abklärung bzw. Behandlung überweisen oder den Fall abschliessen lassen könne, mit vorgängiger kreisärztlicher Abschlussuntersuchung. Gemäss entsprechendem Bericht von Dr. D___ vom 29. Januar 2015 (Suva-act. 145) nähmen die Beschwerden im linken Sprunggelenk des deutlich übergewichtigen Versicherten (93 kg auf 165 cm, also Bodymass-Index von 34.16) unter körperlicher Belastung zu, und er verspüre zusätzlich ein Ermüdungsgefühl im linken Fuss. Dagegen nehme er bei Bedarf ein Schmerzmittel, verwende aber keine stützenden Bandagen oder Schuhe. Abgesehen von einer leichten endgradigen Einschränkung der Dorsalextension und Plantarflexion sowie einer aufgehobenen Eversion und Inversion präsentiere sich das linke Sprunggelenk in reizlosem Zustand ohne Schwellungsneigung, bei regelrechtem Verlauf der Peronealsehnen im Seitenvergleich. Dieser Befund könne durch

keine weiteren Behandlungsmassnahmen verbessert werden. Zu empfehlen sei einzig das Tragen von stabilen Schuhen bei der Arbeit. Zumutbar sei vollschichtig eine mittelschwere Tätigkeit ohne repetitives Steigen auf Leitern und Gerüste sowie ohne Arbeiten in Schräglagen bzw. Zurücklegen längerer Wegstrecken auf unebenem Untergrund. Zu vermeiden seien Vibrations- und Stossbelastungen sowie das Einnehmen der Hocke. Betreffend Integritätsschaden sei die Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht.

C.10

Anlässlich einer Besprechung mit der Suva gemäss Aktennotiz vom 11. Februar 2015 (Suva-act. 146) habe der Versicherte das Tragen stabiler Schuhe abgelehnt. Nach eigenen Angaben arbeite er zu 90% in der Werkstatt und zu 10% auf Montage. Die von ihm geltend gemachte Einschränkung von 20% erscheine als zu hoch. Mit 10% wäre man noch einigermaßen einverstanden, da nicht nachvollziehbar sei, weshalb an vier Tagen eine volle Leistung möglich sein solle, nicht aber am fünften Tag. Plausibler wären mehrere Pausen pro Tag oder eine längere Mittagspause.

C.11

Gemäss Aktennotiz vom 16. März 2015 (Suva-act. 150) erfolgte auch noch eine Besprechung mit dem Versicherten in der C___ AG. Demnach umfasse seine Tätigkeit zu ca. 40% das Schweissen, zu ca. 20% das Zuschneiden von Blechen, zu ca. 35% die Endkontrolle und das Beizen sowie zu vielleicht 5% die Montage. Er könne alle Arbeiten im früheren Ausmass verrichten und sei so gut wie nie auf Montage. Er bemerke einfach jeweils so ab 15.30 bis 16.00 Uhr das Anschwellen seines Fusses und eine Schmerzzunahme, dies teilweise auch saison- bzw. belastungsabhängig. Das Hauptproblem sei, dass er ganztätig auf den Beinen stehe. Die früher behauptete Einschränkung von ca. 20% sei zu hoch bemessen. Er sei sich seines Übergewichts bewusst, könne die früher ausgeübten Sportarten wie joggen und Fussball verletzungsbedingt aber nicht mehr betreiben. Seitens der Suva könnte man sich allenfalls eine 10%ige Rente vorstellen, allerdings erst nach entsprechendem Feedback seitens des Betriebs.

C.12

Gemäss Telefonnotiz der Suva vom 27. Mai 2015 (Suva-act. 151) sei dessen Chef nie eine Einschränkung aufgefallen. Er sei überzeugt, dass die Beschwerden nicht im angegebenen Ausmass vorhanden und eine gewisse (Renten-)Begehrlichkeit beim ansonsten sehr fleissigen Mitarbeiter vorliege, dessen Arbeit in letzter Zeit allerdings häufig nicht einwandfrei gewesen sei.

C.13

In der Folge äusserte der Versicherte anlässlich einer weiteren Besprechung mit der Suva gemäss Aktennotiz vom 31. August 2015 (Suva-act. 153) den Wunsch auf eine einmalige Kapitalzahlung oder eine 10%ige Rente. Die Spezialschuhe werde er nicht mehr tragen, da sie nur zusätzliche Schmerzen bewirkten. Ferner erkundigte sich Hausarzt Dr. N___ in dessen Auftrag mit Schreiben vom 24. September 2015 (Suva-act. 154) nach einer Integritätsentschädigung, worauf die Suva mit Schreiben vom 30. September 2015 (Suva-act. 155) einen Anspruch verneinte, worüber sie auch noch verfügen werde.

D. D.1

Mit Verfügung vom 1. Oktober 2015 (Suva-act. 156) bezifferte die Suva die Erwerbseinbusse mit 1.88%, dies bei einem Invalideneinkommen gemäss Tabellenwert von Fr. 71'959.-- und einem Valideneinkommen von Fr. 73'342.--. Da auch kein erheblicher Integritätsschaden ausgewiesen sei, werde das Leistungsbegehren abgewiesen.

D.2

Dagegen liess der Versicherte mit Schreiben vom 29. Oktober 2015 (Suva-act. 166) Einsprache mit dem Antrag auf eine mindestens 10%ige Rente und eine Integritätsentschädigung erheben. In der Folge reichte er wie angekündigt ein Schreiben der C___ AG vom 26. Januar 2016 (Suva-act. 170) nach, demgemäss man bereit sei, seinem Wunsch auf ein Pensum von 90% zu entsprechen. Da dies für alle Beteiligten mit einigen Nachteilen verbunden sei, könne dieses Pensum allerdings nicht auf Dauer garantiert werden. Ferner sei die Arbeitszeitreduktion täglich in Form einer verlängerten Mittagsruhe zu beziehen.

D.3

Mit Entscheid vom 26. April 2016 (Suva-act. 178) wies die Suva die Einsprache ab, unter Bezugnahme auf die Beurteilung von Dr. D___ vom 28. Januar 2015. Betreffend Reduktion des Pensums am Arbeitsplatz - diese wäre gesundheitlich ohnehin nicht begründbar - fehle es an einer Vereinbarung bzw. Bestätigung des Arbeitgebers, weshalb sich der Versicherte mangels Disposition auch nicht auf den Vertrauensschutz berufen könne.

D.4

Gegen diesen Entscheid liess der Versicherte mit Schreiben vom 30. Mai 2016 Beschwerde mit den eingangs wiedergegebenen Anträgen erheben. Die Nichtreduktion der Arbeitszeit bedeute sehr wohl eine nachteilige Disposition, einfach durch Unterlassung. Das Pensum sei nicht reduziert worden aus Angst vor einem Stellenverlust, da er im kleinen Team nicht fehlen könne und aus finanziellen Gründen. Seit längerem beziehe er zwecks zusätzlicher Erholung sieben Wochen Ferien im Jahr, wovon zwei unbezahlt.

Wenn man das morgendliche Steifheitsgefühl im linken Fuss und dessen Anschwellen ab 16 Uhr, die Einschränkungen im Sport, beim Treppensteigen und bei längerem Autofahren, die Wetterfühligkeit und den täglichen Konsum von Schmerztabletten berücksichtige, liege beim unteren Sprunggelenk ein Integritätsschaden von 10% vor.

Der Beschwerde war eine schriftliche Bestätigung der C___ AG vom 24. Mai 2016 (Suva-act. 178) beigelegt, wonach das Pensum des Versicherten auf 90% gekürzt werde, sobald die Suva eine Rente von 10% zugesprochen habe. Ferner ein Schreiben von Dr. N___ vom 25. Mai 2016 (Suva-act. 177), dass der Versicherte - diesen habe er zuvor letztmals am 22. September 2015 gesehen - anlässlich einer Konsultation vom Vortag gemeint habe, der linke Fuss sei vor allem gegen Abend und nach langer Belastung nach wie vor schmerzhaft. Eine Einschränkung in der Arbeit sei deshalb nachvollziehbar.

D.5

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2016 entgegnete die Suva, nach dem Unfall seien nicht die tatsächlichen Umstände wie Arbeitsleistung bzw. Einkommen entscheidend, sondern die zumutbaren. Der Beschwerdeführer sei adaptiert zu 100% arbeitsfähig und verletze durch das Nichttragen der Spezialschuhe die ihm obliegende Schadenminderungspflicht.

D.6

Mit Replik vom 29. August 2016 machte der Beschwerdeführer geltend, er habe die Spezialschuhe ca. zwei Monate getragen und diese acht Mal abändern lassen, doch sei der Fuss noch mehr angeschwollen und habe noch stärker geschmerzt. Dass die Einschätzung von Dr. D___ hinsichtlich Arbeitsfähigkeit nicht zutreffe, bestätige auch Hausarzt Dr. N___.

Erwägungen

1. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

2. 2.1

Nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen

Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Ein Versicherter hat u.a. Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]), ab dem dritten Tag nach dem Unfall zufolge voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit auf Taggelder (Art. 16 UVG) und - sofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - bei mindestens 10%iger Invalidität auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Art. 18 und 19 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er überdies Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 UVG), wobei sich die Höhe der Integritätsentschädigung grundsätzlich nach der Schwere der Beeinträchtigung richtet.

2.2

Zu ergänzen bleibt, dass nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2 mit Hinweisen). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 Erw. 2c; Urteil des Bundesgerichts 8C_714/2011 vom 4. Mai 2012 Erw. 3.2.1), wovon die Suva in der Verfügung vom 1. Oktober 2015 und im diese bestätigenden sowie vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. April 2016 stillschweigend ausgegangen ist.

3. 3.1

Bei der Beurteilung der Kausalität eines Unfalls für behauptete gesundheitliche Beschwerden bzw. einer dadurch allfällig bewirkten Arbeitsunfähigkeit stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) zunächst auf Unterlagen, welche von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen medizinischen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (Urteile

des Bundesgerichts 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 Erw. 4.2.1 und 4.2.2, 9C_922/2013 vom 19. Mai 2014 Erw. 3.2.1, 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 Erw. 3.2). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 Erw. 4, 140 V 193 Erw. 3.2).

3.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 Erw. 3a, 134 V 231 Erw. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_337/2015 vom 16. November 2015 Erw. 2.3). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Berichten von externen Spezialärzten ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien dagegen sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 135 V 465 Erw. 4.5; Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2013 vom 23. Dezember 2013 Erw. 5.4, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 Erw. 2.2.2), was auch mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zusammenhängen mag (Urteile des Bundesgerichts 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 Erw. 3, 8C_107/2013 vom 23. April 2013 Erw. 3). Was schliesslich die Beweiskraft versicherungsinterner Berichte anbelangt, so lässt ein Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 Erw. 1d, 125 V 351 Erw. 3b/ee, 135 V 465 Erw. 4.4, 142 V 58 Erw. 5.1, 142 V 551 Erw. 8.3.1.1).

4. 4.1

Vorliegend fällt zunächst auf, dass der Versicherte wiederholt teilweise unzutreffende Angaben gemacht hat. So heisst es beispielsweise (weitere Beispiele siehe nachstehend) im Bericht von Kreisarzt Dr. D___ vom 4. Oktober 2012, er müsse nach eigenen Angaben

häufiger Treppen und Leitern steigen, was sich nachträglich als unzutreffend herausstellte; jedenfalls wurde die behauptete Montagetätigkeit gemäss Aktennotiz der Suva vom 16. März 2015 über die Besprechung in der C___ AG mit 5% der Arbeitszeit als grosszügig bemessen bezeichnet.

4.2

Die im Rückfall geklagten Beschwerden begründete zunächst Orthopäde Dr. E___ - gestützt auf eine Untersuchung des Patienten und die Beurteilung der mitgebrachten Röntgenbilder - mit Bericht vom 11. Februar 2013 mit einer möglichen Läsion der Peronealsehnen. Bereits hier hiess es aber, dass der Patient eine diagnostisch/therapeutische Infiltration ablehne. In der Folge berichtete Orthopäde Dr. G___ am 13. Juni 2013 nach einer Sonographie des linken OSG vom 27. Mai 2013 durch Dr. F___ über eine eindeutige post-traumatische Instabilität der Peronealsehnen nach Abriss des stabilisierenden Retinaculum peroneale; allerdings war keine eigentliche Instabilität oder Luxation der Peronealsehnen zu ertasten.

4.3

Dieser Einschätzung stehen zunächst die umfassenden Abklärungen am Triemlispiital in Zürich entgegen: Am 25. Februar 2014 berichtete der Chefarzt des dortigen Instituts für Radiologie, eine MRI-Untersuchung des linken OSG/Rückfusses habe im Vergleich zur MRI-Untersuchung vom 12. November 2012 in Dornbirn eine unverändert regelrechte Darstellung des Peronealsehnenfaches ohne Hinweise auf eine Pathologie der Peronealsehnen, des oberflächlichen peronealen Retinakulums oder der Peronealsehnen ergeben. Feststellbar gewesen seien (lediglich) leichte degenerative Veränderungen im OSG mit kleinen Osteophyten an der Gelenkfläche des dorsalen Anteils der Tibia im Sinne einer diskreten OSG-Arthrose.

Auch Dr. K___, leitender Arzt am erwähnten Institut, meinte mit Bericht vom 26. Februar 2014, bei der Sonographie des linken OSG habe er keinen pathologischen Befund bezüglich der im Bereich des Malleolus lateralis etwas diffus angegebenen Schmerzen finden können. Die Peroneussehnen seien unauffällig, die beiden Retinacula intakt und die Sehnen nicht verschiebbar, sodass auch keine Instabilität vorliege.

Zusammenfassend meinte Prof. H___ am 28. Februar 2014, in der apparativen Abklärung hätten sich keine Hinweise auf eine Pathologie der Peronealsehnen gezeigt, und dies weder aktuell noch früher. Ferner wies er noch darauf hin, dass der Versicherte bei der Untersuchung immer wieder andere Schmerzpunkte angegeben habe, weshalb auch klinisch keine eindeutige Schmerzkonsistenz bestanden habe.

4.4

Vor diesem Hintergrund erstaunt es wenig, dass Versicherungsmediziner PD Dr. L___ Ende März 2014 meinte, die Diagnose einer Instabilität der Peronealsehnen sei nicht aufrechtzuerhalten, weshalb entgegen Dr. G___ keine Indikation für eine entsprechende Operation bestehe. Indessen seien mangels befriedigender Erklärung der Beschwerden an dem beim Ereignis vom 24. August 2005 gar nicht verletzten Rückfuss weitere Abklärungen angezeigt. Daraufhin berichtete die Schulthess Klinik anfangs Juli 2014, dass eine eindeutige Instabilität der Peronealsehnen klinisch nicht feststellbar sei. Da es auch in der Bildgebung an klaren Hinweisen fehle, seien weitere Operationen solange wie möglich zu umgehen und stattdessen konservative Massnahmen, wie beispielsweise das Tragen eines bis über das Sprunggelenk reichenden Schuhes, zu empfehlen.

Auf Wunsch des Versicherten erfolgte schliesslich die Abschlussuntersuchung durch Kreisarzt Dr. D___ Ende Januar 2015, wonach der derzeitige Zustand durch keine weiteren Behandlungsmassnahmen zu verbessern sei. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe vollständige Arbeitsfähigkeit. Dem Patienten werde empfohlen, bei seiner Berufstätigkeit stabile Schuhe mit Einschluss des OSG zu tragen.

4.5

In Anbetracht dessen doch eher unerwartet brachte ein Eingliederungsspezialist der Suva bei einer Besprechung mit dem Versicherten gemäss Aktennotiz vom 11. Februar 2015 eine Einschränkung von 10% insofern ins Spiel, als er sich damit noch einigermaßen einverstanden erklären konnte, nicht aber mit dem vom Versicherten genannten Wert von 20%. So meinte dieser an einer Besprechung im Betrieb im Beisein einer Vertreterin der C___ AG gemäss Aktennotiz der Suva vom 16. März 2015 denn auch, dass er eigentlich noch alle Arbeiten im früheren Ausmass verrichte. Allerdings schwellte der betroffene Fuss am späteren Nachmittag an und nahmen die Schmerzen zu. Seines Erachtens liege das Hauptproblem darin, dass er ganztägig auf den Beinen sei, wobei ihm bewusst sei, dass sich sein Übergewicht nicht vorteilhaft auswirke. Man kam überein, betreffend eine allfällige Rente von 10% auf die Rückmeldung des Arbeitgebers zu warten.

Diese fiel für den Beschwerdeführer ungünstig aus, indem Arbeitgeber C___ AG gemäss Aktennotiz der Suva vom 27. Mai 2015 meinte, er sei überzeugt, dass die Beschwerden nicht im angegebenen Ausmass bestünden und eine gewisse Begehrlichkeit nach Leistungen der Unfallversicherung vorliege. Von den angeblichen Einschränkungen habe er an der Besprechung vom 4. März 2015 erstmals Kenntnis erhalten. Seiner Meinung nach könne der Versicherte die Arbeit problemlos verrichten. Angesichts dieser Stellungnahme des Arbeitgebers war eine allfällige Rente von 10% richtigerweise vom Tisch. Dies möglicher-

weise auch, da der Versicherte in der Besprechung mit der Suva gemäss Aktennotiz vom 31. August 2015 offenbar erneut unzutreffende Angaben machte, indem er angab, die Spezialschuhe habe er achtmal abändern lassen, obwohl diese keine Gebrauchsspuren aufwiesen. Die Suva wies ihn deshalb noch einmal darauf hin, dass eine 10%ige Rente erst bei einer entsprechenden Lohneinbusse in Frage komme, welche schriftlich bestätigt sein müsse. Der Versicherte meinte noch, die Schuhe werde er nicht mehr tragen, da sie nur zusätzliche Schmerzen bewirkten, was mit Blick auf die ihm obliegende Schadenminderungspflicht von Bedeutung sein dürfte.

Auch dem Hausarzt Dr. N___ teilte die Suva auf Anfrage Ende September 2015 mit, dass aufgrund der umfassenden Abklärungen beim Arbeitgeber eine Rente nicht begründet sei, woraufhin die dem vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid zugrundeliegende Verfügung vom 1. Oktober 2015 erging. Bei dieser fragt es sich eigentlich nur, weshalb die Suva überhaupt einen Einkommensvergleich vornahm, wenn der Versicherte an der bisherigen Arbeitsstelle, die gleichzeitig die aktuelle Arbeitsstelle ist, gemäss Zumutbarkeitsprofil von Dr. D___ vom 29. Januar 2015 vollschichtig arbeitsfähig ist, wie die Suva im Einspracheentscheid vom 26. April 2016 zutreffend festgehalten hat (Ziff. 2.2.2); damit fehlt es von vornherein an einer Erwerbseinbusse und damit an einer Invalidität. Jedenfalls spricht die unbestimmte Beurteilung von Hausarzt Dr. N___ vom 25. Mai 2016 - diese kann aus prozessökonomischen Gründen in die vorliegende Betrachtung einbezogen werden, obwohl sie erst nach dem erwähnten und vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid abgegeben wurde (BGE 129 V 167 Erw. 1; Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 Erw. 5.4) -, wonach der Beschwerdeführer in seiner Arbeit bei der C___ AG sicherlich eingeschränkt sei, nicht gegen die fundierte und nachvollziehbare Einschätzung von Dr. D___ einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der adaptierten Tätigkeit bei der C___ AG, zumal Dr. N___ als Begründung für die behauptete Einschränkung nur die bereits vom Versicherten schon früher beklagten Schmerzen im linken Fuss nach längerer Belastung anführt. Falls überhaupt ein Einkommensvergleich anzustellen sein sollte, wäre an der von der Suva in der Verfügung mit rund 2% ermittelten Erwerbseinbusse, die bei weitem nicht zum Bezug einer Rente berechtigt, nichts auszusetzen.

4.6

An der Rechtmässigkeit der Verfügung ändert das im Rahmen des Einspracheverfahrens vom Versicherten eingereichte Schreiben der C___ AG vom 26. Januar 2016 nichts, wonach man bereit sei, dem Wunsch des Versicherten auf ein Pensum von 90% zu entsprechen, obwohl dadurch für ihn, den Betrieb und die Kollegen einige Nachteile entstünden, weshalb bei allfälligen Problemen die Weiterführung dieses Pensums nicht garantiert werden könne. Abgesehen von den deutlichen Hinweisen auf ein Drängen des Versicherten

kam dieses Schreiben angesichts der früheren und anders lautenden Auskunft der C___ AG zu spät. Ausserdem kommt ihm höchstens der Charakter einer Absichtserklärung zu, die bis heute aber nicht umgesetzt wurde.

Das Gesagte gilt auch für die vom Versicherten im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte Bestätigung der C___ AG vom 24. Mai 2016, wonach das Pensum durch eine längere Mittagsruhe auf 90% und der Grundlohn zusätzlich zur zeitlich bedingten Lohnreduktion um 2% gekürzt werde, *sobald* die Suva eine Rente von 10% zugesprochen habe. Diese unter einer Suspensivbedingung stehende Mitteilung kann angesichts der fehlenden Rentenzusprache durch die Suva - eine solche erscheint in Anbetracht des in der Verfügung vom 1. Oktober 2015 mit höchstens 2% ermittelten Invaliditätsgrades auch in Zukunft vorbehaltlich einer erheblichen Sachverhaltsänderung als ausgeschlossen - keine Rechtswirksamkeit entfalten, und die Berufung auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes scheitert nur schon daran, dass nicht ersichtlich ist, was für eine Disposition der Beschwerdeführer im Hinblick auf welche Zusicherung getätigt haben sollte; der Umstand, dass er nach eigenen Angaben schon seit längerem zwei Wochen unbezahlten Urlaub im Jahr zwecks zusätzlicher Erholung bezieht, kann in Anbetracht dessen, dass erstmals anfangs Februar 2015 von einer keineswegs zugesicherten 10%igen Rente die Rede war, nicht gemeint sein. Selbst wenn der Beschwerdeführer im Übrigen - allenfalls im Einverständnis mit dem Arbeitgeber - seine Arbeitszeit beispielsweise um 10% senken sollte, wäre dies mangels medizinischen Grundes für eine solche Massnahme bei voller Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit kein Anlass für die Suva, ihm im entsprechenden Ausmass bzw. überhaupt eine Rente zuzusprechen. Diesbezüglich ist die Beschwerde deshalb abzuweisen.

5. 5.1

Was die beantragte Integritätsentschädigung anbelangt, so beurteilt sich deren Höhe nach der Schwere der Beeinträchtigung. Diese ist dauernd, wenn sie voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht, und sie gilt als erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt ist (Art. 36 Abs. 1 UVV). Die Schwere der Beeinträchtigung beurteilt sich dabei allein nach dem medizinischen Befund (Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 4. Auflage, Basel 2012, § 17 N 143 ff. [S. 505]; Urteil des Bundesgerichts 8C_525/2010 vom 21. September 2010 Erw. 4). Der Integritätsschaden ist abstrakt und egalitär zu bemessen. Hierfür lassen sich auf medizinischer Grundlage allgemeingültige Regeln aufstellen. Im Anhang 3 zur UVV findet sich eine Skala mit Richtwerten der Entschädigung. Die von der medizinischen Abteilung der Suva in Weiterführung der genannten Skala erstellten Tabellen stellen an sich keine Rechtssätze dar, dienen aber der Gleichbehandlung der Versicherten (BGE 116 V 156 Erw. 3a). Ist ein Integritätsschaden

weder in der Skala im Anhang 3 der UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 219). Die Schätzung des Integritätsschadens obliegt in erster Linie den Ärzten, welche aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen die konkreten Befunde erheben.

5.2

Vorliegend hielt Kreisarzt Dr. D___ auf Antrag des Versicherten betreffend Integritätsentschädigung bereits am 21. Dezember 2012 fest, dass die Erheblichkeitsgrenze betreffend Integritätsschaden - diese liegt gemäss Anhang 3 zur UVV bei 5% - in Anbetracht des Untersuchungsbefundes und der aktuellen Bildgebung mangels wesentlicher Funktionseinschränkung am linken OSG und der nur minimalen Veränderungen im Sinne einer beginnenden leichten OSG-Arthrose nicht erreicht sei. An dieser Einschätzung hielt er auch im Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 29. Januar 2015 fest, indem er meinte, auch in Anbetracht des aktuellen Untersuchungsbefundes und der aktuellsten radiologischen Abklärung gemäss Bericht der Schulthess Klinik vom 3. Juli 2014 werde die Erheblichkeitschwelle unterschritten.

5.3

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. Sein Hinweis auf eine Entschädigung von 5-30% beim unteren Sprunggelenk ist nur schon deshalb unbehelflich, weil vorliegend das obere Sprunggelenk betroffen ist. Deshalb ist nicht die Tabelle 2 der Suva betreffend Integritätsentschädigung bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten (Revision 2000), sondern allenfalls die Tabelle 5 betreffend Integritätsschaden bei Arthrosen (Revision 2011) anwendbar. Demnach beträgt der Integritätsschaden bei einer mässigen OSG-Arthrose 5-15%, was aber nichts daran ändert, dass Dr. D___ diese Schwelle wiederholt als unterschritten bezeichnete. Die Beschwerde ist deshalb auch hinsichtlich der beantragten Integritätsentschädigung abzuweisen.

6. 6.1

Im vorliegenden unfallversicherungsrechtlichen Verfahren sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).

6.2

Zwar hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. Art. 1 UVG), nicht aber - wie vorliegend - ein mit einer öffentlich-rechtlichen Aufgabe betrauter Versicherungsträger wie die Suva (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 61 N 200).

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A____ wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben und keine Parteientschädigungen zugesprochen.
3. **Rechtsmittel:** Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen von der Zustellung an Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82ff Bundesgerichtsgesetz (BGG). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
4. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Gerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 04.05.17